Nr 8. Kraków, 23. lutego 1918. Rok LVII.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy „za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 ko 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: Redaktor główny. Członkowie: prof. dr Krzyształowicz, prezes Tow. lek. krak.; Dr W. Damski, wiceprezes Tow. lek krak. dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVII. Kraków, 23. lutego 1918 Nr 8.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

## Uwagi dotyczące urządzenia nauki położnictwa i ginekologii w uniwersyteckich Wydziałach lekarskich

zestawił

**Prof. Dr Antoni Mars.**

Ustrój Wydziałów lekarskich od dziesiątek lat nie uległ prawie zmianom, jest w zastoju i wobec dzisiejszego stanu i nadmiernego rozwoju nauki jest wręcz niedostateczny; wymaga nowych urządzeń i nowego ukształtowania.

W celu zapoczątkowania pracy w tym kierunku należy przedewszystkiem zbadać: celowość, potrzeby i wymagania poszczególnych katedr, wykazać istniejące błędy i braki, zbadać stosunek poszczególnych katedr do siebie i na podstawie uzyskanych danych zbudować całokształt nauk lekarskich.

Katedra położnictwa i ginekologii jest w ścisłem tego słowa znaczeniu podwójną i jako taka ma wyjątkowe warunki w studyum lekarskiem. Łączy bowiem w sobie dwa odmienne działy nauki, dotyczące narządu płciowego kobiecego w różnych okresach jego fizyologicznego życia i dlatego ze sobą tak ściśle związane, że rozdział ich na dwie katedry bez ujmy dla nauczania i nauki trudno sobie wyobrazić.

Różnica między obu działami leży w tem, że gdy ginekologia zajmuje się stanami patologicznymi narządu płciowego kobiecego u jednostek poza okresem płodzenia i troszczy się o utrzymanie ich bytu, to mniej zajmuje się kwestyą rozrodczą. Położnictwo natomiast zajmuje się sprawą, dotyczącą fizyologicznej czynności narządu płciowego kobiecego, t. j. sprawą rozrodczą, i to wyłącznie w okresie płodzenia, mającą na celu utrzymanie gatunku. Zajmując się z natury rzeczy stanami patologicznymi narządu płciowego w okresie płodzenia, ma także o tyle dążność do utrzymania bytu jednostki.

Okoliczność, że te oba działy nauki zajmują się tymsamym narządem płciowym kobiecym, sprawia, że kwestye utrzymania bytu jednostek i utrzymania bytu gatunku tak się ze sobą w tych obu naukach kojarzą, tyle jest punktów stycznych, tyle wzajemnej zależności, że rozdział tych nauk nie daje się ściśle przeprowadzić i w tem leży konieczność, aby oba przedmioty należały do składu jednej wspólnej katedry. Katedra ta musi też mieć temsamem dwie kliniki.

Klinika ginekologiczna niewiele się różni od klinik istniejących przy innych katedrach; miała dawniej inną cechę, którą w ostatnich dziesiątkach lat zupełnie zmieniła. Gdy przed niewielu laty można ją było uważać za specyalny dział, wyłoniony z kliniki chorób wewnętrznych, to dzisiaj jest ona bardzo szeroko rozrosłą, specyalną częścią nauki z działalnością głównie chirurgiczną, musi mieć zatem potrzeby i wymagania tego rodzaju, co klinika chirurgiczna.

Klinika położnicza natomiast, to instytucya odrębna, nie dająca się porównać z kliniką ginekologiczną, a temsamem i z innymi uniwersyteckimi klinicznymi zakładami. W klinice położniczej na pierwszym planie jest sprawa porodowa, zatem fizyologiczna czynność narządu płciowego kobiecego, sprawa bardzo skomplikowana w jej najrozmaitszych przejawach.

Materyał kliniki ginekologicznej, to kobiety chore, które kierownictwo kliniki przyjmuje w miarę potrzeby nauczania i nauki.

W klinice położniczej znajdują się przeważnie kobiety zdrowe, a obok nich gromadzą się w mniejszej liczbie przypadki położnicze patologiczne. Do zdrowych należą brzemienne, oczekujące rozwiązania, osoby rodzące prawidłowo i osoby z prawidłowym przebiegiem połogu. Do przypadków położniczych patologicznych zaliczamy brzemienne ze stanami patologicznymi narządu płciowego, a także i innych narządów, osoby rodzące nieprawidłowo, które wymagają najczęściej zabiegów operacyjnych, i osoby z połogiem nieprawidłowym i zakażone.

Materyał położniczy kliniczny możnaby sobie pomyśleć jako ograniczony co do liczby, zwykle atoli bywa inaczej. Pod tym względem w różnych uniwersytetach różne panują warunki, co zależy od ustaw państwowych, regulujących sprawy porodowe ze stanowiska społecznego, a także ze względu kształcenia nietylko lekarzy, ale i położnych. Najczęściej materyał napływający nie bywa w ograniczonej liczbie i dowolnie przez personal lekarski przyjmowany dla celów dydaktycznych i naukowych, ale napływ jego bywa nieograniczony, czasami zbyt obfity, sprawiający nawet przepełnienie. W obu klinikach przypadki, należące do różnych kategoryi, nie mogą być razem umieszczane, ale muszą być podzielone na grupy, a grupy oddzielone od siebie, skutkiem czego potrzebują bardzo rozległego pomieszczenia, a także więcej sił lekarskich i pomocniczych. Powszechnie wiadomem jest, że kobiety rodzą w różnych porach dnia, a najwięcej porodów odbywa się w nocy, co sprawia, że praca lekarska i pomocnicza jest bardzo uciążliwa, bo nie może się skupiać w pewnych porach dnia, ale musi być dzień cały prowadzona. Do kliniki położniczej przybywają nadto bardzo często przypadki nagłe, jak n. p. krwotoki z narządu płciowego kobiecego, wymagające doraźnej pomocy, zatem i w chwilach na pozór wolnych od pracy musi być utrzymywane stale surowe pogotowie lekarskie.

Ważną okolicznością jest, że narząd płciowy kobiecy w okresie płodzenia okazuje bardze znaczne rozpulchnienie i soczystość tkanin. W okresie tym istnieje w narządzie płciowym kobiecym stan przekrwienia i odbywa się żywsza wymiana materyi. Cały narząd jest tkliwszy i do przyjęcia zakażenia sposobniejszy. Wobec nie dających się z góry obliczyć obrażeń części rodnych w czasie porodu, zakażenie może łatwiej następować, aniżeli u innych osób chorych, leczonych i pielęgnowanych. Wobec nieuniknionej niemal sposobności w każdym przypadku porodu do zakażenia nawet w czasie zwykłej pomocy, jaką się niesie rodzącej, przyznać się musi, że niebezpieczeństwo zakażenia przypadków czystych i do tego tak na zakażenie tkliwych musi być znaczne.

Nietylko klinika położnicza, ale i klinika ginekologiczna, w której leczenie polega głównie na postępowaniu chirurgicznem, gdzie się bardzo często wykonywa zabiegi, połączone z otwarciem jamy brzusznej, mieści w samej sobie wobec napływającego do niej materyału septycznego również niebezpieczeństwo zakażenia, chociaż mniejsze, aniżeli w klinice położniczej. W obu klinikach a głównie w klinice położniczej chore po operacyach z nielicznymi bardzo wyjątkami nie mają opatrunków, części płciowe są prawie zupełnie nieosłonięte i zagraża tym osobom możliwość zakażenia przy każdej sposobności niezbędnych codziennych posług. Klinika ginekologiczna, podobnie jak chirurgiczna, potrzebuje o wiele więcej opatrunków, klinika zaś położniczo-ginekologiczna więcej czujności i surowości w przeprowadzeniu postępowania ochronnego przed grożącem zakażeniem.

Lekarze kliniczni w klinice położniczo-ginekologicznej muszą daleko więcej czasu poświęcać na leczenie i pielęgno-

wanie chorych klinicznych, aniżeli lekarze innych klinik uniwersyteckich, praca ich zajmuje więcej godzin na dobę, i to dniem i nocą. Skutkiem tego mniej im czasu pozostaje do spełniania obowiązków dydaktycznych, do samokształcenia się i do pracy naukowej.

Aby temu sprostać, powinien zastęp klinicznych lekarzy być liczniejszy, i to dla każdej z obu klinik osobno przydzielony, aby mógł na wymianę pracować. Jak to wynika z opisu warunków kliniki położniczo-genekologicznej i z jakości napływającego do niej materyału, działałalność lekarska nie może się grupować w pewnych porach dnia, w której jest w klinice profesor, musi się rozwijać często nagle i bez przygotowania, lekarz czuwający musi przystępować nieraz odrazu do najcięższych zabiegów operacyjnych, które nie cierpią nawet najmniejszej, na minuty obliczającej się zwłoki. Wobec tego niezbędnem jest, aby były w klinice na miejscu i pod ręką siły lekarskie, zupełnie wyszkolone w kierunku operacyjnym i leczniczym. Asystenci kliniczni, którzy się rekrutują z pośród lekarzy, którzy co tylko ukończyli studya, którzy się często zmieniają, przychodzą, aby się kształcić i odchodzą, nie mogą sprostać wymaganiom. Niezbędne jest zatem ustanowienie tak dla kliniki położniczej, jak i ginekologicznej stałego naczelnego lekarza kierownika, adjunkta profesora, któremuby i inne działy pracy w kierunku dydaktycznym i naukowym powierzone być mogły. Na stanowisko to możnaby powołać docentów prywatnych i profesorów nadzwyczajnych, wykładających poszczególne działy położnictwa i ginekologii. Ze względu na niebezpieczeństwo przeniesienia zakażenia z przypadków zakażonych na zdrowe, ze względu, że lekarz bardzo łatwo mógłby być pośrednikiem w tem zakażeniu, koniecznem jest, aby przynajmniej dwaj lekarze zajmowali się wyłącznie przypadkami zakażonymi i nie stykali się z osobami zdrowemi. Tożsamo da się powiedzieć o służbie, pielęgnującej chore i o przyborach, do pielęgnowania używanych. Wreszcie nadmienić należy, że lekarze kliniczni powinni bezwarunkowo mieszkać w gmachu klinicznym i mieć w klinice żywienie się zapewnione.

Dobrze urządzona klinika powinna posiadać podręczne p r a c o w n i e  n a u k o w e, które są koniecznie dziś potrzebne tak dla celów leczniczych i dydaktycznych, jako też w celu podejmowania prac naukowych, a mianowicie: dla mikroskopii, chemii, bakteryologii, serologii, do wiwisekcyi, dla rentgenologii i rentgenoterapii i fotografii. Pracownie muszą mieć zapewnione zawodowo wykształcone przewodnictwo i wymagają asystentów wyłącznych, którzyby te pracownie prowadzili, tak zwanych asystentów naukowych. Pracownia dla prześwietlania rentgenologicznego i dla rentgenoterapii wymaga odrębnej siły lekarskiej, w tym przedmiocie wykształconej, pracownie mikroskopowa, chemiczna i bakteryologiczna wymagają kierownika o szerokiej wiedzy teoretycznej lekarskiej. Niezbędni są zatem dwaj asystenci naukowi, do samodzielnej pracy gotowi.

Wobec okoliczności, że praca lecznicza w klinice położniczo-ginekologicznej odbywa się w ciągu całej doby i dniem i nocą, musi być do tego i k i e r u n e k  d y d a k t y c z n y dostosowany. W największych klinikach i miastach wydarza się, a w mniejszych jest to na porządku dziennym, że nieraz dnie i całe tygodnie w godzinach, przeznaczonych na wykłady kliniczne, niema żadnego przypadku porodowego lub operacyjnego, chociaż w tych samych dniach rodzi codziennie po kilka kobiet i bywa nieraz dokonywanych po kilka operacyi. Aby zatem uczniowie z nauki korzystać mogli, muszą być koniecznie obecni w klinice całe dnie i noce. Ponieważ atoli masowo rzecz ta jest nie do przeprowadzenia, szczególniej wobec liczniejszego audytoryum, przeto jest konieczne odpowiednie celowe urządzenie.

Badanie i nauka położnictwa i ginekologii ma w sobie tę wielką niedogodność, że zmysł dotyku jest głównym czynnikiem dyagnostycznym, podczas gdy inne zmysły mają drugorzędne zastosowanie. Zachodzi zatem trudność w samem nauczaniu, które wymaga badania dotykiem części płciowych, często pola operacyjnego, co nie zawsze jest możebne, a ze względu ludzkości i ze względów na postępowanie jałowe może być tylko w ograniczonej mierze dozwolone. Pełną korzyść z wykładu klinicznego mają tylko ci uczniowie, którzy przedmiotowo omawiany przypadek badają. W danym przypadku zatem tylko bardzo ograniczona liczba uczniów może z nauki w całej pełni korzystać, reszta pozostaje widzami i niewiele korzysta.

P o s t ę p o w a n i e  j a ł o w e, którego doniosłość już wyżej zaznaczono, ma w kierunku dydaktycznym ważne znaczenie. Dowiedzionym faktem jest, że uczniowie w klinice są niebezpiecznym czynnikiem ze względu na potrzebę postępowania jałowego, albowiem, uczęszczając do różnych zakładów naukowych i na inne kliniki, łatwo stykają się z przypadkami zakażonymi i mogą zakażenie przenosić.

Nauka postępowania bezgnilnego nietylko jest częścią wiedzy, którą zdobyć trzeba, ale jest częścią wychowania lekarskiego, które nawykowo bezwiednie musi być nabyte. Postępowanie jałowe musi sobie przyswoić uczeń tak, jak tabliczkę mnożenia, którą się nawykowo bez namysłu w razie potrzeby na dane pytanie odpowiada. Otóż dzisiaj brak jest u uczniów, co się później na życie praktyczne przenosi i wymaga koniecznie uwzględnienia, tego wyż określonego wychowania nawykowego w postępowaniu bezgnilnem czyli jałowem.

Postępowanie to dzisiaj nie jest rzeczą mody i nie może być z nauki usunięte, bo chociażby się nawet i zmienił kierunek w nauce, to musi ono pozostać na zawsze, jako wyższe pojęcie czystości, stanowiące rdzenny dorobek nauki.

W klinice położniczej postępowanie jałowe, wprowadzone w całej działalności, jest jedynym czynnikiem, który sprowadził nadzwyczajnie doniosłe wyniki, jakimi się z dumą szczycić możemy. Wychowanie uczniów w tem postępowaniu powinno być uwzględnione przy budowie i urządzeniu całokształtu nauk lekarskich.

Sposób, w jaki uczniowie mają korzystać z materyału klinicznego, jest kwestyą już dawno rozwiązaną i istnieje wiele zakładów, które w tym kierunku za wzór służyć mogą.

Uczniowie powinni być podzieleni na grupy, które powinny mieszkać czasowo w umyślnie na ten cel w gmachu klinicznym urządzonym internacie. Nie powinni uczęszczać przez ten czas do zakładów, skądby zakażenie do klinik przenosić mogli. Powinni wciąż pozostawać w gmachu klinicznym i mieć tam żywienie się zabezpieczone.

Liczba uczniów, należących do takiej grupy, nie powinna przekraczać kilkunastu, a czas, konieczny na pobyt w klinice, obliczyć można na cztery tygodnie. Naturalnie, że te cyfry muszą zależeć od rozległości kliniki, materyału i liczby uczniów. W miastach o bardzo licznym materyale i przy znaczniejszej frekwencyi uczniów powinno być więcej klinik urządzonych.

W celu wzmożenia kierunku dydaktycznego powołano w wielu uniwersytetach, n. p. w Niemczech, osobne instytucye, związane z klinikami, tak zwane polikliniki. W instytucyach tych są czynni lekarze kliniczni, asystenci, w otoczeniu grupy uczniów poza klinikami na mieście u najbiedniejszej ludności, potrzebującej doraźnej pomocy. W tym celu urządzone są pogotowia. Urządzenie to jest bardzo dobre, bo uczniowie mają sposobność do obserwowania i zastosowania w najtrudniejszych praktycznych warunkach tego, co widzieli w klinice.

Nadmienić wreszcie należy, że do tego, aby uczniowie z nauczania korzystać mogli, niezbędne jest propedeutyczne przygotowanie. Uczniowie znać muszą fizyologię ciąży, porodu i połogu, a nadto muszą być zaznajomieni z metodami badania narządu płciowego kobiecego. Sprawę tę omówimy, zastanawiając się nad stosunkiem nauki położnictwa i ginekologii do całokształtu nauk lekarskich.

Bardzo ważną rzeczą jest uwzględnienie potrzeb kliniki w jej k i e r u n k u  n a u k o w y m. Kierunek ten zależy od indywidualności, zdolności i sprawności kierownika katedry, tj. profesora, a także i współpracujących lekarzy. — Katedra musi mieć jednego kierownika, któryby jej całokształt obejmował i pracę we wszystkich kierunkach urządzał i prowadził. Ze wszystkiem, co się ma dziać w klinice, musi być zaznajomiony, musi nad całym przedmiotem panować. Podjęcie pracy osobistej we wszystkich kierunkach przechodzi siły najtęższej jednostki i dlatego wyłania się znów i tu konieczność, aby kierownik był otoczony dostateczną liczbą współpracowników, o czem była już wzmianka przy omawianiu potrzeb kliniki, jako pola działania dydaktycznego. Kierunek naukowy nie jest nigdzie bliżej jako obowiązek nakreślony, jest to obowiązek moralny, tradycyjnie do stanowiska przywiązany. Od dobrej woli i tężyzny indywidualnej zależy, o ile ten kierunek przez pewnego profesora i jego współpracowników będzie uprawiany i przyniesie nauce i społeczeństwu zdobycze. Obok przymiotów osobistych do sprostania temu moralnemu zadaniu i do osiągnięcia wyników niezbędnie potrzeba obok materyalnej niezależności także i czasu do pracy, bez czego praca naukowa jest niemożebna.

W różnych państwach, w różnych uniwersytetach, panują pod tym względem daleko idące, celowe dążenia i urządzenia. N. p. w Niemczech profesorowie materyalnie są lepiej dotowani, czyni się wszystko, aby profesor nie potrzebował zarobkować, a ponieważ się to przy pewnych katedrach uniknąć nie da, zatem poczyniono urządzenia, aby to profesorom bez straty czasu ułatwić i umożebnić, i tak: profesorowie mają prywatne mieszka-

nia w zakładach lub tuż obok, aby nie tracili czasu na chodzenie z domu do zakładu i naodwrót i by każdej chwili mogli być, gdy potrzeba, w zetknięciu z kliniką. Przy klinikach mają profesorowie urządzone płatne oddziały dla pomieszczenia prywatnych chorych, którymi się personal kliniczny i zakład zajmuje, aby się profesorowie nie potrzebowali wydalać z mieszkania w celu odwiedzania chorych po mieście, co szczególniej w wielkich stołecznych miastach nadzwyczaj wiele czasu zabiera.

Sprawy administracyjne nie należą do profesorów, którzy mają tylko nadzór. Katedry mają osobne siły administracyjne, które całą administracyę i korespondencyę z władzami referują, a profesor daje tylko swoje »placet«.

Do inwentarzy i do zbiorów są też poza profesorami przeznaczone siły.

Skutkiem wykluczenia działu administracyjno-biurokratycznego posiedzenia Wydziału lekarskiego i Senatu są rzadkie i krótkotrwałe, obowiązki dziekańskie ograniczone.

Porównując n. p. warunki te w Austryi i w Niemczech, kierunek niemiecki sprawia, że chociaż w Austryi są uczeni, którzy wcale nie ustępują pod względem osobistym uczonym niemieckim, mimo to wydatność pracy w Niemczech przewyższa nadmiernie pracę uczonych w Austryi. W pewnej mierze daje się to i o innych państwach powiedzieć.

Czyż opinia wysokiej kultury niemieckiej lub angielskiej, albo rozbudzenie się kultury rosyjskiej w ostatnich czasach polega na czem innem, jak na zdobyczach naukowych poszczególnych pracowników?

Wprowadzenie do urządzenia Wydziału lekarskiego tych ulepszeń, popierających działalność naukową jednostek według wypróbowanych wzorów, jest zatem konieczne.

Co do stosunku położnictwa i ginekologii do innych katedr Wydziału lekarskiego, ważną okolicznością jest zastanowienie się nad tem, w jakich rozmiarach ma być nauka położnictwa i ginekologii w całokształcie nauk lekarskich wykładana. Niema wątpliwości, że wobec ogromu wiedzy lekarskiej, wobec rozrostu pojedynczych przedmiotów, w skład jej wchodzących, dla każdej katedry możnaby urządzić studyum, złożone z różnych poddziałów, gdyby się chciało dany przedmiot wyczerpać.

To nie jest ani możliwe, ani celowe. — Wydział lekarski nie jest szkołą złożoną z różnych działów specyalnych nauk i dla specyalnego zawodowego wykształcenia.

Wydział lekarski jako całość ma przedewszystkiem za cel podanie całokształtu nauk lekarskich w tej ilości i postaci, aby uczący się mogli mieć należyty pogląd na wszystkie działy i poddziały nauk lekarskich, z któregoby z łatwością wydobywać mogli nietylko wiadomości potrzebne, ale drogi, któremi iść trzeba, aby dojść do wykształcenia w pewnym danym przedmiocie, któremu się poświęcić pragną.

Jako miara powinien być wzięty wzgląd na konieczne potrzeby przeciętnego lekarza praktyka, któremu żaden dział wiedzy lekarskiej nie powinien być obcy, i który powinien być uświadomiony o kierunkach nauki i wysokości, jakiej dosięgła, aby przy pomocy czasopism zawodowych mógł swoje ogólne wykształcenie lekarskie na wysokości postępującej i rozwijającej się nauki utrzymać.

Otóż lekarz praktyczny, prócz ogólnej wiedzy lekarskiej do pewnej wysokości, potrzebuje koniecznie pewnego wyższego wykształcenia w podstawowych przedmiotach nauk lekarskich, i dlatego niezbędnym jest podział przedmiotow na te, których znajomość dokładniejsza jest konieczna, i na te, które w więeej ograniczonych rozmiarach mogą być udzielane. Podział ten, to niewątpliwie rzecz trudna, wymagająca osobnego, poważnego opracowania.

Do szeregu przedmiotów pierwszej kategoryi musi należeć nauka położnictwa. Ginekologia chociaż jest konieczna, może być udzielana w mniejszych rozmiarach. Aby można było zbudować dobry całokształt nauk lekarskich, żaden z kierowników katedr nie powinien się zasklepiać w ramach naukowej specyalności swej katedry, ale powinien mieć należyte zrozumienie całokształtu nauk lekarskich, należyte zrozumienie potrzeb i wymagań poszczególnych katedr, aby mógł przystosować swe wymagania do wymagań kolegów i tym sposobem współdziałać w wytworzeniu dobrego całokształtu nauk lekarskich.

Niewątpliwie wydział lekarski powinien być źródłem wszelkiej wiedzy lekarskiej, w któremby czerpać można wiedzę w całych jej rozmiarach, aż do wysokości zdobyczy naukowych dni ostatnich. Nie jest to atoli zadaniem i celem całokształtu nauk lekarskich, związanych w pojęciu wydziału lekarskiego, tylko zadaniem i celem poszczególnych katedr w ich wewnętrznej działalności.

Wydział lekarski jako całokształt wiedzy lekarskiej ma podawać uczniom wiedzę do wysokości ostatnich zdobyczy naukowych, ale w rozmiarach potrzebnych dla lekarza praktycznego.

Specyalne, zawodowe, praktyczne czy też naukowe zupełne wykształcenie w danym przedmiocie powinno się dać uzyskać w każdym wydziale lekarskim, ale dopiero po ukończeniu studyów lekarskich, dla ogólnego wykształcenia lekarskiego przepisanych. Do tego mogą być wprowadzone urządzenia, któreby nietylko nie obciążały wydziału lekarskiego i jego katedr, ale mogły być swem istnieniem pomocne. Wytworzenie instytucyi wychowanków naukowych i zawodowych, w wielu wydziałach praktykowane, czyniłoby temu zadość.

Położnictwo i ginekologia w uniwersytetach austryackich, a także i w wielu zagranicznych, bywa wykładane w dwu, i to ostatnich półroczach studyum lekarskiego. Do wyczerpania całości przedmiotu podwójnej katedry jest to okres czasu zbyt ograniczony i bezwarunkowo niedostateczny. Czy zaś może być dostateczny w zespoleniu całokształtu studyów lekarskich i w tej wysokości, jaką poprzednio jako konieczną zaznaczono, jest rzeczą względną i zależy od tego, czy przedmioty te mają być wykładane uczniom, przygotowanym lub nieprzygotowanym do słuchania tych przedmiotów. Aby uczeń, zapisany na wykłady położnictwa i ginekologii, mógł wogóle słuchać wykładów i z nich korzystać, potrzebuje koniecznie dokładnej znajomości fizyologii ciąży, porodu i połogu, a nadto musi być zaznajomiony i wyćwiczony technicznie w sposobie badania ginekologicznego przy pomocy zmysłu dotyku. Bez tego przygotowania nauczanie tych przedmiotów jest wręcz niemożebne. Wobec tego sprawa tak stoi, że jeżeli uczniowie zapisujący się na te wykłady nie są przygotowani dostatecznie i dopiero w klinice położniczo-ginekologicznej to przygotowanie ich ma być uzupełnione, to okres czasu dwu półroczy na wykłady tych przedmiotów jest bezwarunkowo za krótki i powinien być rozszerzony. Jeżeliby atoli uczniowie, wstępujący do kliniki, byli dostatecznie przygotowani, to czas dwu półroczy może z biedy wystarczyć.

Aby doniosłość tego przygotowania uczniów do nauki silniej zaznaczyć i podkreślić, możemy powiedzieć, że dla lekarza praktycznego i przyszłej jego działalności ważniejsza jest dokładna znajomość fizyologii ciąży, porodu i połogu i sposobów badania położniczo-ginekologicznego, aniżeli słuchanie wykładów klinicznych tych przedmiotów bez tych wstępnych wiadomości. Kto ma fizyologiczne przygotowanie i umie badać, może swą wiedzę uzupełnić i później, a słuchanie wykładów klinicznych bez wstępnych wiadomości jest bezcelową stratą czasu.

Wykłady przygotowawcze, prowadzone przez docentów prywatnych, nie obowiązkowe, słuchane przez uczniów, już zapisanych na wykład kliniczny, bez obowiązku złożenia z nich przedtem egzaminu, nie wiodą do celu i nie mogą zmienić zakorzenionego istniejącego złego. Aby złemu zaradzić, studyum to przygotowawcze powinno być uczniom podane w dziale nauk teoretycznych i być przedmiotem egzaminu drugiego rygorozum. — Naturalnem jest, że w dotychczasowym układzie całokształtu studyów lekarskich miejsce się na to nie znajdzie i dlatego trzeba koniecznie przynajmniej rok jeden studyów przyczynić, w którymto roku znalazłyby uwzględnienie potrzeby i wymagania innych także katedr, a mogłyby także i niektóre więcej oderwane przedmioty, jak np. rentgenologia i radiologia i t.p., znaleść pomieszczenie. Przy takiem zorganizowaniu możnaby do czasu pozostawić dla katedry położnictwa i ginekologii okres dwu półroczy na naukę.

Na wykłady kliniczne w ostatnich dwu latach całokształtu nauk lekarskich nie powinno być wolno zapisywać się uczniom bez złożenia poprzednio egzaminu z propedeutycznego przygotowania.

Całokształt nauk lekarskich składa się z dwu działów różnych przedmiotów, tj. z nauk teoretycznych i praktycznych.

Nauki teoretyczne można jeszcze podzielić na dwie grupy. Do pierwszej zaliczyć należy przedmioty, zajmujące się zdrowym ustrojem ludzkim, i przedmioty, wprawdzie nie dotyczące bezpośrednio ustroju ludzkiego, ale mimoto w całokształcie nauk lekarskich niezbędnie potrzebne. Do drugiej zaś przedmioty, omawiające stany patologiczne, jakim ustrój ludzki ulegać może, a nadto przedmioty, które mają przygotować uczniów do słuchania nauk praktycznych, zapoznać ze sposobami badania i rozpoznawania stanów patologicznych, z ogólnemi zasadami leczniczemi i sposobami postępowania w czasie leczenia i środkami w celu leczenia.

Tylko trzy przedmioty wstępne pierwszego działu, tj. anatomia opisowa, chemia nieorganiczna i fizyka, są przedmiotami,

które można uważać jako nauki dla siebie samoistnie stojące i które można studyować bez pomocy innych przedmiotów. Do właściwości innych nauk lekarskich należy to, że wszystkie inne przedmioty dają się studyować i można się z nimi zapoznać tylko przy pomocy i znajomości innych przedmiotów.

Co więcej, istnieje nawet pewien konieczny porządek w studyowaniu pewnych przedmiotów po sobie, który umożebnia po zaznajomieniu się z jednym przedmiotem, studyowanie drugiego. Anatomia opisowa, chemia nieorganiczna i fizyka, to trzy podstawowe przedmioty, bez których studyum nauk lekarskich nie może być rozpoczęte; nie można mówić o stanach patologicznych bez znajomości dokładnej ustroju zdrowego i jego fizyologicznych czynności, podobnie, jak nie można sobie nawet pomyśleć nauk lekarskich praktycznych bez dokładnej znajomości nauk teoretycznych.

Całokształt studyów lekarskich złożony z licznych przedmiotów, w tym sposobie wzajemnej zależności ze sobą związanych, przedstawia z dawien dawna ogrom nauki.

Okres pięcioletni studyów jest przyjęty w największej liczbie uniwersytetów, a także i w Austryi. Istnieją atoli wydziały lekarskie, w których nauki są rozłożone na większą liczbę lat albo obok których stworzono studya dodatkowe, tak że czas, potrzebny do ukończenia całego studyum, rozkłada się na lat osiem i więcej.

W obec powstawania nowych nauk starano się je wtłoczyć w 5-letnie ramy. Te nowe przedmioty zaczęły się rozrastać, powstały nowe instytuty, co wszystko sprawiło, że całokształt nauk lekarskich nie może się już dzisiaj pomieścić w tym pięcioletnim okresie. Liczba godzin, dla niektórych przedmiotów wyznaczona, jest niedostateczna, godziny wykładowe kolidują. Ułożenie programu wykładów napotyka na trudności coraz większe, ze szkodą nauczania i nauki. Sztuczne uregulowanie tych stosunków prowadzi do przeciążenia uczniów nadmierną liczbą przedmiotów, których w danem półroczu mają słuchać. Czyni się zadość formie, a cierpi na tem rzecz sama.

Czyniono w niektórych państwach różne usiłowania. Pojęto i urządzono studyum, jako dążące do wykształcenia praktycznych lekarzy, którzyby dopiero po studyum dodatkowem mogli uzyskać dopełnienie wykształcenia naukowego z uzyskaniem stopnia akademickiego. W innych państwach starano się nadać temu studyum cechę naukową i kształcić ludzi, posiadających stopień akademicki, ale nie posiadających dostatecznego zawodowego, praktycznego wykształcenia, któreby dopiero w latach dodatkowych lub w ciągu zawodowej przepisanej służby praktycznej uzyskiwać mogli. W innych wreszcie państwach zwiększono wprost liczbę lat, do studyum potrzebnych i ugrupowano w nich porządek słuchania nauk.

Starano się złemu zaradzić także i innymi sposobami, jak np. przez wskazówki co do porządku, w jakim słuchacze mają przedmiotów słuchać, przez podział przedmiotów na obowiązkowe, do studyum konieczne, z których musza być składane egzaminy ścisłe, na przedmioty, które musza być słuchane, ale nie podlegają egzaminowaniu i na przedmioty, które mają być wykładane, których słuchanie zależy od dobrej woli słuchaczy, wreszcie zmieniano system egzaminów. Sposoby te są niedobre

Dla nauki, dla całokształtu nauk lekarskich, wszystkie przedmioty są ważne, nie wykluczając nawet historyi rozwoju nauk lekarskich, której znajomość nadaje pogląd ogólny i wyższy na całość nauk, zapoznaje z drogami, któremi nauka kroczyła i wskazuje nowe kierunki.

Dzisiaj konieczny jest radykalny środek, tj. zwiększenie liczby lat, przeznaczonych na studyum nauk lekarskich. Że tak jest, świadczą o tem codzienne wydarzenia. I tak, do zwykłych rzeczy należy, że uczniowie o mniejszych zdolnościach, a także i uczniowie, którzy pojmują doniosłe znaczenie poszczególnych przedmiotów dla ogólnego wykształcenia lekarskiego, starają się w swych książeczkach zgromadzić wszystkie do absolutoryum wymagane przedmioty, aby do egzaminów przystępować mogli, a gdy to uzyskali, po ukończeniu studyum przed przystąpieniem do ostatecznych egzaminów, zapisują się dodatkowo jako słuchacze nadzwyczajni na przedmioty, których nie słuchali, albo z powodu nawału nauk w przepisanym czasie z nich korzystać dostatecznie nie mogli i tym sposobem zwiększają sami liczbę lat, do objęcia nauk lekarskich potrzebnych. Takie zachowanie się uczniów nie jest wyjątkowem, niemal większość tak sobie radzi. Naturalnem jest, że takie dodatkowe uzupełnianie studyów, bez programu, dowolne, nie jest dobre.

Nowy system składania rygorozów u nas, który miał zapewnić spełnienie koniecznego postulatu dydaktycznego, aby uczniowie studyowali nauki praktyczne po zupełnem opanowaniu nauk teoretycznych i po ukończeniu, ale system, który nie określa równocześnie dokładnie czasu na zdawanie tych egzaminów, — jest półśrodkiem, sprowadzającym praktycznie więcej złego, niż dobrego.

Przedewszystkiem są już techniczne trudności z egzaminami, które się nie mogą odbywać masowo, a podejmowane z pojedynczymi uczniami lub w bardzo ograniczonych grupach wymagają dłuższego czasu, odbywają się na początku rozpoczętych przedmiotów praktycznych, na które się uczniowie wprawdzie zapisują, ale na nie nieuczęszczają, bo się uczą do egzaminu, co jest niewątpliwem złem.

Zwyczaj, że uczniowie zgłaszają się o termina do egzaminów, stwarza zamieszanie i burzy porządek i wydatność nauczania. Organizacya egzaminów, oparta na przestarzałych »swobodach« uniwersyteckich, nie może być dobra.

Egzamina wobec całokształtu nauk lekarskich mają różne znaczenie i celowość, dlatego też powinny być zorganizowane z uwzględnieniem celów i z uwzględnieniem przebiegu nauki i tak urządzone, aby nie tworzyły w nauczaniu trudności.

Egzamin pierwszy ma za cel dostarczenie dowodów, że uczeń poznał wstępne nauki, do dalszego studyum potrzebne, aby mógł się z korzyścią zapoznawać z patologicznymi stanami ustroju ludzkiego, ze sposobami badania tych stanów, ze środkami, służącymi do leczenia tych stanów, i aby tym sposobem mógł robić kroki wstępne do studyum praktycznego.

W tym okresie studyów lekarskich, do którego mają uczniowie po pierwszym egzaminie wstąpić, panuje największa ciasnota i zgrupowanie zanadto licznych przedmiotów. Poprostu brak miejsca na wykłady i zachodzi trudność w ugrupowaniu porządku, w jakim powinny być słuchane. Dlatego jako warunek konieczny poprawienia całokształtu nauk lekarskich uważamy dodanie w tym okresie jednego roku szkolnego, coby wadliwość wyrównać mogło i coby mogło zarazem odciążyć następny okres nauk praktycznych i stworzyć dla nauk praktycznych lepsze warunki dla nauczenia.

Drugi egzamin ma za cel dostarczenie dowodu, że uczeń posiadł dostateczny zasób wiedzy lekarskiej teoretycznej, aby mógł z korzyścią przejść do działu praktycznego.

Oba te egzamina mają równorzędne znaczenie, ubezpieczające pomyślne korzystanie z całokształtu nauk lekarskich. Egzamina te powinny być pomieszczone między zakreślonemi grupami nauk lekarskich i tylko pomyślnie złożone powinny uprawniać do przejścia z jednego okresu do nastepnego.

Wobec trudności technicznych w przeprowadzeniu egzaminów, wobec okoliczności, że się muszą odbywać w czasie wykładów, czas na ich składanie powinien być do ostatecznych granic możliwości ograniczony.

Zgłaszanie się dobrowolne uczniów do tych dwu egzaminów powinno być wykluczone. Uczniowie zgłaszają się zazwyczaj po termin do egzaminu późno, często możliwie jak najpóźniej. Dzieje się to dlatego, że jeżeli się w ciągu nauki, z której egzamin mają składać, zaniedbywali, to doraźnem i gwałtownem przysiedzeniem fałdów pragną rzecz naprawić i egzamin zdać. Ma to tę korzyść, że niejeden mniej pilny uczeń braki uzupełni i półrocza nie straci. Wyrachowanie to nie jest dobre, bo ułatwia uczniom lekceważenie nauki w czasie półrocza, w nadziei, że to przed egzaminem dopełnić potrafią. W całokształcie nauk lekarskich i w jego organizacyi powinna istnieć dążność do wytworzenia prawidłowego korzystania z nauki, do zamiłowania porządku i wyrobienia poczucia obowiązkowości.

Wpływ egzaminów powinien być inny, aniżeli dzisiaj, i dlatego termin do egzaminu powinien być dla jednostek w pewnym okresie czasu wyznaczony i zawczasu ogłoszony ze strony dziekanatu.

Zupełnie inaczej ma się rzecz z trzecim egzaminem, który się składa po ukończeniu całokształtu nauk lekarskich. Egzamin ten nie jest częścią składową studyum, ale ma na celu udowodnienie, że uczeń objął całokształt nauk lekarskich w ten sposób, iż może stanąć do współpracy w społeczeństwie. Wobec tego egzaminu swobody uniwersyteckie powinny być zachowane. Uczniom powinna być dana swoboda uzupełniania swych wiadomości, swoboda zgłaszania się o termin do egzaminów.

Zaznaczyć tu należy, że nie tylko wadliwa organizacya i szczupłość czasu, przeznaczonego na studyum lekarskie, jest przyczyną złego, ale winić należy także i istnienie po dziś dzień przestarzałych niektórych »swobód« uniwersyteckich, których myśl i pojęcie uczniowie dziś wypaczają.

W wielu uniwersytetach utarły się między młodzieżą na podstawie swobód uniwersyteckich zwyczaje, które sprawiają, że cierpi na tem nauka. Ferye uniwersyteckie główne, ferye

w czasie świąt Bożego Narodzenia i w czasie świąt Wielkiej Nocy bywają tak rozciągane, że wliczając do nich dnie niedzielne i święta różne, w ciągu roku przypadające, blizko pół roku wykłady się nie odbywają. Dzisiaj w ciągu roku trwanie wykładów nie zależy od profesora, ale w rzeczywistości od uczniów. Jeżeli się zwróci uwagę na przepisy, dotyczące terminu wpisu na wykłady i terminów dozwolonego podpisywania uczęszczania, a uczniowie korzystają z dozwolonych granic, łatwo obliczyć, jak długo w roku wykłady na uniwersytecie nie odbywają się i nauczania się nie prowadzi.

Dawniej mogło to mieć i dobre swoje strony, bo uczniowie obracali czas świąt na pracę w instytutach, pracowniach naukowych i klinikach. Dzisiaj może jednostki tylko w ten sposób z czasu wolnego od wykładów korzystają.

W wielu wydziałach lekarskich różnych uniwersytetów doszło do tego, że niema prawie katedry, o którejby można było powiedzieć, że w kierunku dydaktycznym ma potrzebne warunki, niema profesora, któryby się nie żalił na dzisiejsze urządzenia.

Jak z tych kilku uwag widoczne, dzisiejsze urządzenia w tym kierunku dydaktycznym nie są dobre i wymagają koniecznie zmiany. Nie mogę pominąć pewnej okoliczności, a mianowicie obaw władz decydujących, że nowe zorganizowanie tych nauk może zmniejszyć frekwencyę uczniów na wydziałach lekarskich i spowodować zmniejszenie się liczby sił lekarskich w społeczeństwie. Jestto szczegół państwowo ważny, z którym się liczyć należy, ale i ten może znaleźć w nowej budowie studyum lekarskiego odpowiednie uwzględnienie.

Sądzimy, że obawa, aby utrudnienie i rozszerzenie studyów lekarskich mogło wpłynąć stale na zmniejszenie frekwencyi uczniów, jest niesłuszna. Nowa budowa i ustrój studyum lekarskiego może wywrzeć tylko podobny zwrot chwilowy i przejściowy. Historya uczy, że w ostatnich dziesiątkach lat warunki zawodowe stanu lekarskiego pogorszyły się bardzo znacznie, że ustawodawstwo na niekorzyść zawodu lekarskiego wprowadziło różne instytucye, czyniące zadość socyalnym postulatom społeczeństwa, jak przez utworzenie lekarzy kolejowych, gminnych, okręgowych, lekarzy kas chorych i t. d., a mimoto frekwencya uczniów na wydziałach lekarskich wzrasta. Frekwencya ta nie zależy od urządzeń w uniwersytetach i od warunków zawodowych, ale wyłania się z potrzeby społeczeństwa samorzutnie.

Streszczając to, co wyżej o całokształcie nauk powiedziano, niezbędnem jest, aby czas na te studya wynosił co najmniej 6 lat, czyli dwanaście pełnych półroczy. Niezbędnem jest, aby wykłady i nauka odbywała się dłużej w ciągu roku szkolnego, przynajmniej 8 do 9 miesięcy. Całokształt nauk powinien być podzielony na trzy okresy: Pierwszy okres trwający dwa lata, któryby obejmował przedmioty: anatomię opisową, chemię, fizykę i nauki pokrewne. Drugi okres, trwający dwa lata, któryby obejmował: patologię ogólną, anatomię patologiczną, farmakologię i nauki pokrewne, higienę wraz z nauką o postępowaniu jałowem, propedeutykę kliniczną, z uwzględnieniem wszystkich sposobów badania, wykład o fizyologii ciąży, porodu i połogu, rentgenologię, naukę o wewnętrznem wydzielaniu, serologię. Dział trzeci, trwający dwa lata, powinny wypełnić wykłady kliniczne i medycyna sądowa.

Pierwszy egzamin powinien być składany w ostatnich dwu tygodniach półrocza czwartego, egzamin drugi w ostatnich dwu tygodniach półrocza ósmego, egzamin trzeci w roku następnym po ukończeniu studyów. Uczniowie, zapisani na położnictwo i ginekologię, nie powinni równocześnie być zapisani na klinikę chorób wewnętrznych i chirurgiczną.

Wreszcie dodatkowo nadmienić należy, że przy urządzaniu całokształtu nauk lekarskich bardzo ważną okolicznością jest, aby katedry praktyczne w klinikach i ambulatoryach mogły mieć materyał, potrzebny do celów dydaktycznych i naukowych, a nadto, aby mogły się pozbywać bez trudności przypadków, które się do klinicznych celów nie nadają. Niezbędne jest zatem takie unormowanie stosunków klinik uniwersyteckich do oddziałów szpitalnych krajowych, aby te wymagania w całej pełni były uwzględnione.

A) Po tym krótkim rzucie oka na dzisiejsze warunki, braki i potrzeby katedry położnictwa i ginekologii, a nadto na niektóre niedomogi całokształtu nauk lekarskich z punktu widzenia tej katedry, wyłaniają się następujące w n i o s k i:

I. Katedra położnictwa i ginekologii wymaga bardzo obszernego i rozległego gmachu, celowo pomyślanego i zbudowanego, któryby posiadał: a) osobne pomieszczenie dla materyału kliniki położniczej, a w tem osobne pomieszczenie dla ciężarnych, zdrowych i osobne dla chorych, osobne dla rodzących zdrowych, osobne dla rodzących nieprawidłowo, które mają być operowane, osobne dla rodzących gorączkujących względnie zakażonych, osobne dla położnic zdrowych i osobne dla położnic chorych z podniesieniem ciepłoty, osobne dla położnic ze stwierdzonem zakażeniem, separatki dla przypadków niezwykłych, osobne sale rezerwowe, potrzebne na wymianę w razie opróżnienia jednego z działów, b) osobne pomieszczenia dla chorych ginekologicznych, a w tem: osobne dla chorób niegorączkujących, osobne dla gorączkujących, osobne dla chorych z ropieniem i rozpadającymi się nowotworami, dla chorych operowanych, osobne dla chorych po otwarciu jamy brzucha, osobna sala operacyjna dla laparotomii i osobna dla innych operacyi, c) osobne pomieszczenie dla ambulatoryum, osobne na instrumentaryum, osobne na przyrządy do wyjaławiania opatrunków i narzędzi, osobne pomieszczenie na opatrunki i przybory, d) mieszkanie dla profesora i jego rodziny, e) mieszkania dla lekarzy, f) mieszkania dla akuszerek i służby, g) kancelaryę dla profesora, h) kancelaryę dla lekarzy, j) pomieszczenie na pogotowie kliniczne, k) bibliotekę z czytelnią i miejscem na posiedzenia kliniczne, l) archiwum, ł) muzeum, m) pomieszczenie na podręczne pracownie naukowe i terapeutyczne: dla mikroskopii, chemii, bakteryologii, wiwisektoryum, z pomieszczeniem na zwierzęta, dla rentgenologicznego prześwietlania i dla rentgenoterapii, n) osobne pomieszczenie na poczekalnię i szatnię dla uczniów przybywających na lekcyę, o) pomieszczenie na internat dla uczniów i uczennic z wszystkiemi potrzebnemi wymaganiami, p) internat dla lekarzy, pragnących wyższego, specyalnego położniczo-ginekologicznego wykształcenia, dla tak zwanych wychowanków klinicznych, r) pomieszczenia na ubikacye dodatkowe, jak kuchenki, łazienki, wychodki, osobne dla profesora, osobne dla lekarzy, osobne dla uczniów, osobne dla uczennic, osobne dla chorych i dla służby, s) sala wykładowa ogólna, t) sale wykładowe dla docentów, u) sala dla ćwiczeń operacyi na bałwanach, w) sala do ćwiczeń w operacyach na zwłokach (w osobnym budynku), x) pomieszczenie na oddział chorych prywatnych profesora z uwzględnieniem wszelkich potrzeb, y) pomieszczenie dla pogotowia poliklinicznego.

II. Obok profesora powinien być ustanowiony stały lekarz naczelny kliniczny, zastępca profesora, a zarazem jego adjunkt. Na stanowisko to powinien być powołany profesor nadzwyczajny, albo docent prywatny położnictwa i ginekologii. Profesorowi temu należałoby prócz działalności w klinice powierzyć wykłady z fizyologii ciąży, połogu i porodu i naukę o sposobach badania położniczo-ginekologicznego.

III. Z lekarzy pomocniczych: Dwaj asystenci naukowi: jeden dla mikroskopii, chemii, drugi dla rentgenologii; posady te powinny być powierzane profesorom nadzwyczajnym lub docentom prywatnym. Dwaj asystenci kliniczni dla położnictwa. Trzej asystenci kliniczni dla ginekologii. Jeden dla polikliniki.

IV. Powinna być wprowadzona instytucya wychowanków klinicznych.

V. Trzy akuszerki kliniczne i odpowiednia liczba służby.

VI. Ustanowienie osobnego referenta administracyjnego klinicznego, któryby opracowywał referaty do władz, prowadził administracyę kliniczną, miał w ewidencyi inwentarz kliniczny i zbiory, prowadził rachunki z dotacyi klinicznych i wykonywał zlecenia profesora.

VII. Klinika, pracownie i cały personal kliniczny prócz wychowanków powinien być wydatnie dotowany.

B) Z p u n k t u w i d z e n i a k a t e d r y p o ł o ż n i c t w a i g i n e k o l o g i i p o w i n i e n c a ł o k s z t a ł t s t u d y ó w l e k a r s k i c h u l e d z n a s t ę p u j ą c y m z m i a n o m:

I. Okres czasu dla objęcia całokształtu nauk lekarskich powinien być rozłożony conajmniej na lat sześć.

II. Należy ograniczyć źle pojmowane swobody uniwersyteckie uczniów bez ograniczenia autonomii uniwersyteckiej, skrócić czas na ferye główne letnie, półroczne i w czasie świąt kościelnych, zaprowadzić ścisłą kontrolę obecności uczniów na wykładach i ukrócić swobodę opuszczania wykładów i uczęszczania do pracowni.

III. Wszystkie przedmioty co do ważności powinny być równo traktowane, wszystkie powinny podlegać egzaminowi. Natomiast co do przedmiotów, które dzisiaj były mniej ważne i jako nieobowiązkowe wykładane, zniżyć przy egzaminach wymagania egzaminatora do pewnej wysokości.

IV. Podzielić studya na trzy dwuletnie okresy: pierwszy okres — nauk wstępnych, drugi — nauk przygotowawczych, trzeci — nauk praktycznych.

V. Egzamina wszystkie powinny być praktyczne i teoretyczne. Egzamin pierwszy w ostatnich dwu tygodniach IV pół

rocza. Egzamin drugi w ostatnich dwu tygodniach VIII półrocza. Ostatni egzamin w następnym roku po uzyskaniu absolutoryum.

VI. Termin zdawania I i II rygorozum powinien być wyznaczany imiennie przez dziekanat na dany dzień. Dowolne zgłaszanie się do tych dwu egzaminów powinno być zniesione. Kandydat, który się zgłosi do egzaminu lub nie uzyska stopnia dostatecznego, traci prawo do wpisania się na następny okres nauk lekarskich.

VII. Zmienić ugrupowanie przedmiotów, wykładanych na poszczególnych półroczach, tak aby w drugim okresie nauk znalazły pomieszczenie wszystkie nauki przygotowawcze do studyum praktycznego. Osobno traktowana nauka postępowania jałowego tak dobrze wśród prac teoretycznych i w działalności klinicznej. Nadto nauka rentgenologii. W tym okresie też jako przedmiot przygotowawczy powinna być pomieszczona klinika propedeutyczna, na którąby przyjmowano przypadki, do wszystkich nauk praktycznych należące, w celu wyćwiczenia uczniów w praktycznem badaniu chorych.

VIII. Stworzyć nową ustawę, mocą której objęcie urzędowania w służbie publicznej byłoby możebne dopiero w rok po uzyskaniu stopnia akademickiego i po wykazaniu się, że rok ten był spędzony na pracy lekarskiej praktycznej w służbie szpitalnej, albo w trzy lata dopiero po uzyskaniu stopnia akademickiego, jeżeli lekarz odrazu po uzyskaniu stopnia akademickiego oddał się wyłącznie praktyce prywatnej.

IX. Unormować drogą ustawową stosunek klinik uniwersyteckich do szpitali krajowych tak, aby wymagania katedr praktycznych co do materyału potrzebnego dla celów dydaktycznych i naukowych doznały zupełnego uwzględnienia.

## Analizy chemiczne wód mineralnych z uwzględnieniem jonizacyi i hydrolizy składników.

Podał

**Doc. Dr M. Seńkowski.**

(Wykład na III Zjeździe balneologów polskich w Krakowie 5 maja 1914.)

Nadzwyczaj proste i jasne prawa gazów idealnych były fundamentem, na którym tysiące pracowitych rąk budowało przez cały wiek dziewiętnasty wspaniały gmach nowoczesnej chemii. Fundament był silny, lecz jego wielkość była skończona, to też i wysokość gmachu musiała być ograniczona. Coraz częściej zdarzało się, że brakło miejsca do umieszczenia nowej cegiełki, coraz bardziej okazywała się potrzeba rozszerzenia fundamentów wiedzy. Stan gazowy, to tylko jeden z trzech stanów materyi, istnieją jeszcze dwa inne, to też konieczną rzeczą okazało się rozszerzyć prawa gazowe na stan płynny i stały lub wyszukać inne prawa, któreby te stany obejmowały.

Zachowanie się gazów względem ciśnienia i temperatury, doświadczalnie wykazane przez Boylego i Gay'Lussaca, doprowadzają do prostego wzoru $pv = \frac{p_0 v_0}{273} T = RT$. Jeżeli do badania weźmiemy tyle gramów związku chemicznego, jaki jest jego ciężar drobinowy, czyli, jak to Ostwald nazwał, weźmiemy jeden »mol«, wówczas objętość jakiegokolwiek gazu wyniesie 22,412 litrów pod ciśnieniem jednej atmosfery, a R przybierze stałą wartość 0,0821. Zrównanie gazowe stało się punktem wyjścia najważniejszych teoryi chemicznych, w szczególności prawa Awogadry i kinetycznej teoryi gazów mimo, że prawo to ma tylko ograniczone i przybliżone znaczenie. W szczególności polega ono na fałszywem przypuszczeniu, że drobiny gazu nie mają objętości, że są punktami matematycznymi i że ku sobie nie ciążą, wbrew prawu Newtona.

W ósmem dziesięcioleciu w. XIX van der Waals uwzględnia te dwa czynniki i jego zrównanie, charakterystyczne dla gazów, przybiera kształt: $\left(p + \frac{a}{v^2}\right)\left(v - b\right) = RT$. — a. jest współczynnikiem zależnym od ciążenia drobin ku sobie, b. zaś zależnym od wielkości drobiny. Dla gazu o nizkiem ciśnieniu, a dużej objętości a. i b. są znikająco małe, to też wyrazy $\frac{a}{v^2}$ i b. zbliżają się do zera, a zrównanie przybiera kształt $pv = RT$.

Przez zmniejszenie v wyraz $\frac{a}{v^2}$ staje się coraz większy, a przez równoczesne obniżenie T gaz przekracza punkt krytyczny i przechodzi w stan płynny. Wyraz $\frac{a}{v^2}$ wskutek zmniejszenia mianownika przybiera mimo, że a jest małe, olbrzymią wartość, dochodzącą do tysięcy atmosfer. To kuśrodkowe ciążenie drobin ma znaczenie w późniejszem wyjaśnieniu, jak należy pojąć prężność osmotyczną.

Zadziwiająca pomysłowością teorya rozczynów nie powstała odrazu. Biologiczne badania Pfeffera, de Vriesa, badania Raoulta, a z drugiej strony Faradaya, Hittorfa, Helmholtza, składały cegiełka po cegiełce materyał, z którego gienialni budowniczowie, van t'Hoff, Ostwald, Arrhenius i Nernst, przy stosowaniu ścisłych metod doświadczalnych i matematycznych zbudowali gmach wspaniały, jednym śmiałym rzutem myśli wytłumaczyli zawiłe zjawiska tak jasno i ściśle, że niewiele podobnych przykładów znajdziemy w rozwoju nauk przyrodniczych. Teorya van t'Hoffa powiada, że ciało rozpuszczone wywiera w pewnych warunkach ciśnienie zwane osmotycznem, równe ciśnieniu, jakieby to ciało w stanie gazowym wywierało na ściany naczynia w identycznych warunkach objętości i ciepłoty, i że prawa gazowe w całej pełni znajdują zastosowanie w pomiarach prężności osmotycznej, że więc $pv = RT$.

Jakież to są warunki, wśród których możemy stwierdzić prężność osmotyczną? Aby stwierdzić siłę ciągnienia i zmierzyć ją, musimy jej przeciwważyć inną siłę odwrotnie działającą, np. siłę elastyczności, albo też tak ułożyć warunki, aby siła ciążenia wykonywała pracę, n. p. w zegarze.

Gaz zamknięty np. we flaszce stalowej niczem na zewnątrz nie objawia swej prężności, o ile tylko ściany flaszki ją przeważają. Gdy założymy manometr, wtedy możemy zmierzyć prężność gazu, przeciwstawiając jej siłę sprężyny, gdy połączymy flaszkę z motorem pneumatycznym, możemy uzyskać pracę. W prężności osmotycznej rolę flaszki stalowej odgrywa wewnętrzne przyciąganie drobin rozczynnika, dochodzące, jak poprzednio powiedziałem, do tysięcy atmosfer. Wobec tego prężność osmotyczna w zwykłych warunkach nie może się na zewnątrz objawić. Jeżeli zbiornik gazowy połączymy ze zbiornikiem pustym, wtedy gaz przejdzie do tego drugiego, a przy przejściu tem możemy uzyskać pewną ilość pracy mechanicznej $A = RT . \ln \frac{p_1}{p_2}$. Jeżeli na zgęszczony rozczyn np. cukru nalejemy wody, wtedy po pewnym czasie wbrew sile ciążenia płyny się wymieszają.

Jeżeli dwa naczynia połączymy ścianką, która przepuszcza tylko rozczynnik, a nie przepuszcza ciała rozpuszczonego, czyli ścianką wpółprzepuszczalną, to znaczy, jeżeli zrównoważymy ciążenie dośrodkowe rozpuszczalnika, wtedy okaże się różnica na manometrze, którą Pfeffer, używając błon ze siarkocyanku miedzi, dokładnie oznaczył. Różnica ta występuje powoli z powodu międzydrobinowego tarcia cieczy. Jak gaz rozprężany przez maszynę da nam pewną ilość pracy mechanicznej, tak samo ciało rozpuszczone, rozprężając się, może nam dać pracę w formie energii mechanicznej, albo, jeżeli ciało rozpuszczone będzie elektrolitem, w formie energii elektrycznej (Nernst).

Już Pfeffer zauważył, że sole, kwasy i zasady, rozpuszczone w wodzie, wyłamują się z pod wymienionego prawa, że ich prężność osmotyczna jest większa, niż to odpowiada prawu van t'Hoffa. Ciała te posiadają jeszcze inną własność, z całkiem innej dziedziny wiedzy; ich rozczyny przewodzą prąd elektryczny, one są elektrolitami. I znów trzeba było jednego genialnego błysku myśli wielkiego uczonego norweskiego Arrheniusa, ażeby rozmaite obserwacye i pomiary, dokonywane od początku XIX wieku, zebrać w jedną śmiałą hipotezę. Sole, kwasy i zasady rozkładają się w rozczynie wodnym na atomy lub grupy atomów, obdarzone ładunkiem elektrycznym dodatnim lub ujemnym, które już Faraday nazwał jonami. Tylko że Faraday przypuszczał, iż jony tworzą się dopiero pod wpływem prądu elektrycznego, gdy tymczasem Arrhenius, ze ścisłością, właściwą nowoczesnym obserwacyom i teoryom, przyjmuje tworzenie się jonów już w chwili rozpuszczenia, względnie rozcieńczenia rozczynu. Według Arrheniusa rozcieńczony rozczyn np. soli kuchennej nie zawiera drobin NaCl, lecz jony Na i Cl. Niepojętem w tej teoryi było, w jaki sposób oddzielne atomy sodu i chloru mogą istnieć obok siebie wobec silnego powinowactwa tych ciał do siebie. Trzeba tu jednak uwzględnić, że nie mamy do czynienia po prostu tylko z atomami, lecz z atomami, obdarzonymi jednym lub kilku ładunkami elektrycznymi zależnie od wartościowości, a ładunki te są ową siłą, pozwalającą różnym atomom istnieć obok

siebie. Jeżeli zobojętnimy ładunki na naelektryzowanej elektrodzie, wtedy jony zmieniają się na atomy i następuje elektroliza rozczynu.

Dyssocyacya elektryczna zależna jest od różnych warunków. Przedewszystkiem ważną rolę odgrywa rozczynnik. Woda okazuje się najsilniejszą z powodu wysokiej stałej dielektrycznej, a kwasy i zasady tem łatwiejszej ulegają dyssocyacyi, im są silniejsze. Siła kwasu (aviditas) jest wyrazem jego zdolności dyssocyacyjnej, kwasy słabe, np. węglowy, siarkowodorowy, krzemowy, ulegają dyssocyacyi w bardzo nizkim stopniu; kwas solny o zawartości jednego mola w 32 litrach istnieje w 97% w postaci jonów, kwas octowy w 2,4%, a kwas węglowy, siarkowodorowy, krzemowy w zaledwo oznaczalnym ułamku.

Sama woda, zupełnie czysta, jest do pewnego stopnia zdyssocyonowana. Zawartość $H^+$ w czystej wodzie wynosi $0{,}8.10^{-7}$, co odpowiada jednemu gramowi jonów wodoru w 12 milionach litrów wody. Ta malutka ilość jonów wodorowych względnie wodorotlenowych wystarcza jednak, aby spowodować rozkład soli słabych kwasów lub słabych zasad na kwas i zasadę np.

$$NaHCO_3 \leftrightarrows Na^+ + HCO_3^- + H^+ + OH^-$$

$$H_2CO_3$$

$$\text{czyli } NaHCO_3 + H_2O \rightleftarrows H_2CO_3 + NaOH$$

Teorye o prężności osmotycznej i dyssocyacyi elektrycznej, tak nadzwyczajnie płodne w następstwa, wyszły z obserwacyi biologicznych, lecz wkrótce potężną falą wróciły do biologii. Badanie czynności wydzielniczej gruczołów, zjawiska elektryczne, kurczenie się mięśni i t. d. tłómaczymy dziś na podstawie tych teoryi. Na szczególną uwagę zasługuje uwzględnienie dyssocyacyi elektrycznej w farmakologii. Działanie jakichkolwiek soli, kwasów lub zasad jest działaniem sumarycznem poszczególnych jonów. W jeszcze wyższym stopniu odnosi się to do leczenia wodami mineralnemi. Z bardzo małymi wyjątkami są wody mineralne rozczynami rozcieńczonymi soli, które, o ile są solami silnych kwasów i zasad, znajdują się w stanie całkowitej lub prawie całkowitej dyssocyacyi. Sole słabych kwasów np. węglowego, siarkowodorowego, krzemowego, ulegają częściowej lub całkowitej hydrolizie, a wtedy obok wolnych jonów może się znaleźć wolny jon hydroksylowy i wolny kwas.

Kwasy dwuzasadowe, np. węglowy lub siarkowodorowy, ulegają dyssocyacyi stopniowej, najpierw na $H^+$ i $HCO_3^-$, później na $H^+H^+$ i $CO_3^{--}$. Doświadczenie wykazuje, że pierwszy wodór jonizuje się względnie łatwo, drugi znacznie trudniej, że więc w wodach znajdują się przedewszystkiem jony $HCO_3^-$ $HS^-$ i t. d.

Wyrażanie zawartości składników w jonach, a nie w nierozłożonych, często dowolnie przyjętych solach w niczem nie zmienia postępowania przy analizie. Jestto tylko kwestya rachunku: w miejsce ciężaru drobinowego soli uwzględniamy ciężar jonu, który niczem się nie różni od ciężaru atomu lub grupy atomów. Ciężar elektronu, jako przenośnika ładunku elektrycznego wynosi 1/2000 ciężaru atomu wodoru, to też różnicy ciężaru jonu i atomu nie możemy spostrzedz.

Przedstawienie analiz wód w jonach, lubo nie zmienia poglądu na wartość wody, ma przecież swoje znaczenie. Przedewszystkiem odpowiada właściwemu składowi wody. Wody mineralne z małym wyjątkiem surowic są rozczynami rozcieńczonymi, to też sole znajdują się tam w stanie zupełnej lub prawie zupełnej dyssocyacyi elektrycznej. Drugi ważny szczegół, to sprawa przedstawiania wartości wody. Chodzi np. o zawartość jodu. W jednej wodzie jest jod oznaczony jako jodek sodowy, w drugiej jako potasowy, w innej jako magnowy, a gdy ktoś chciał wody porównać, musiał dopiero żmudnie przerachowywać.

W badaniach fizykochemicznych, szczególnie tyczących się gazów i rozczynów, jako jednostkę objętości przyjmują powszechnie litr, jako zaś jednostkę wagi danego związku chemicznego mol, t. j. wielkość drobinową wyrażoną w gramach. Jednostką stężenia będzie zatem mol w litrze. Mole jonów jednowartościowych są zarazem gramorównoważnikami, ponieważ równoważą się nawzajem, np. mol chloru z molem sodu. Równoważniki jonów 2, 3, i t. d. wartościowych są 2, 3, i t. d. razy mniejsze. Np. mol $SO_4^{--}$ równoważy dwa mole Na, więc równoważnik $SO_4^{--}$ jest $\frac{SO_4^{--}}{2}$. Ponieważ wody mineralne są rozczynami zwykle bardzo rozcieńczonymi, używamy w rachunku jednostek tysiąc razy mniejszych, nazywając je milimolami i milirównoważnikami.

Nowoczesna analiza obejmuje zatem tablicę zawartości jonów dodatnich i ujemnych, tablicę milimolów i tablicę milirównoważników. Suma milirównoważników dodatnich musi się równać sumie ujemnych. Poza tem wymieniamy słabe kwasy, jako niezdyssocyonowane, np. kwas krzemowy, lub też jako rozpuszczone gazy, np. siarkowodór lub bezwodnik węglowy wolny. W tem przedstawieniu tkwi mała pomyłka, ponieważ siarkowodór we wodzie jest w pewnym małym stopniu zdyssocyonowany, tak samo i kwas węglowy, stopień dyssocyacyi jest jednak tak mały i tak zależny od innych czynników, np. ciepłoty, że wygodniej go nie uwzględniać. Nadto dodajemy jeszcze jedną tablicę, określającą zawartość soli, jakieby trzeba rozpuścić w czystej wodzie, aby otrzymać rozczyn przybliżony do wody mineralnej. Ta ostatnia tablica jest identyczna z tablicami w dawnych analizach.

Dołączone tu analizy wód rabczańskich dokładnie objaśniają nowoczesne poglądy na skład wód mineralnych.

Analiza zdroju Maryi (obliczona z tablicy związków)

W jednym litrze wody znajduje się:

| Kationy | gramy | mili-mole | mg. równoważniki |
|---|---|---|---|
| Jon litu $Li^+$ | 0,0048 | 0,68 | 0,68 |
| sodu $Na^+$ | 9,3458 | 408,48 | 408,48 |
| potasu $K^+$ | 0,0815 | 2,10 | 2,10 |
| wapnia $Ca^{++}$ | 0,1610 | 4,05 | 8,16 |
| magnezu $Mg^{++}$ | 0,0373 | 1,54 | 3,08 |
| baru $Ba^{++}$ | 0,0041 | 0,03 | 0,06 |
| żelazawy $Fe^{++}$ | 0,0015 | 0,03 | 0,06 |
| manganawy $Mn^{++}$ | 0,0006 | 0,01 | 0,02 |
| | | | 422,58 |
| **Aniony** | | | |
| Jon chloru $Cl^-$ | 13,9165 | 395,59 | 395,50 |
| bromu $Br^-$ | 0,0573 | 0,72 | 0,72 |
| jodowy $J^-$ | 0,0368 | 0,31 | 0,31 |
| wodorowęglanowy $HCO_3^-$ | 0,8248 | 13,62 | 13,62 |
| węglanowy $CO_3^{--}$ | 0,3577 | 6,00 | 12,00 |
| siarkanowy $SO_4^{--}$ | 0,0161 | 0,17 | 0,34 |
| | 24,8374 | 833,33 | 422,58 |
| Kwas metakrzemowy $H_2SiO_3$ | 0,0328 | 0,42 | |
| | 24,8802 | 833,75 | |

Skład wody odpowiada w przybliżeniu rozczynowi zawierającemu w jednym litrze:

| | |
|---|---|
| Chlorku potasowego | 0,1301 |
| Chlorku sodowego | 22,8654 |
| Jodku sodowego | 0,0456 |
| Bromku sodowego | 0,0738 |
| Wodorowęglanu sodowego | 1,1362 |
| Węglanu litowego | 0,0253 |
| Węglanu wapniowego | 0,4022 |
| Węglanu magnezowego | 0,1292 |
| Węglanu barowego | 0,0059 |
| Węglanu manganawego | 0,0012 |
| Węglanu żelazawego | 0,0032 |
| Siarkanu potasowego | 0,0293 |
| Kwasu metakrzemowego | 0,0328 |
| | 24,8802 |

nadto ślady jonu boranowego.

Analiza zdroju Rafaeli (obliczona z tablicy związków)

| Kationy | gramy | moli-mole | mg. równoważniki |
|---|---|---|---|
| Jon litu $Li^+$ | 0,0052 | 0,76 | 0,77 |
| sodu $Na^+$ | 9,3737 | 409,68 | 409,68 |
| potasu $K^+$ | 0,0817 | 2,10 | 2,10 |
| wapnia $Ca^{++}$ | 0,1948 | 4,91 | 9,82 |
| baru $Ba^{++}$ | 0,0042 | 0,03 | 0,06 |
| magnezu $Mg^{++}$ | 0,0819 | 3,39 | 6,78 |
| żelazawy $Fe^{++}$ | 0,0021 | 0,04 | 0,08 |
| manganawy $Mn^{++}$ | 0,0005 | 0,01 | 0,02 |
| | | | 429,30 |

Aniony

| | | | |
|---|---|---|---|
| Jon chloru $Cl^-$ | 13,9524 | 396,60 | 396,60 |
| bromu $Br^-$ | 0,0567 | 0,71 | 0,71 |
| jodu $J^-$ | 0,0388 | 0,31 | 0,31 |
| wodorowęglanowy $HCO_3^-$ | 0,8017 | 13,24 | 13,24 |
| węglanowy $CO_3^{--}$ | 0,5207 | 8,76 | 17,52 |
| siarkanowy $SO_4^{--}$ | 0,0441 | 0,46 | 0,92 |
| | 25,1585 | 841,00 | 429,30 |
| Kwas metakrzemowy $H_2SiO_3$ | 0,0292 | 0,37 | |
| | 25,1877 | 841,37 | |

Skład wody odpowiada w przybliżeniu rozczynowi zawierającemu w jednym litrze:

| | |
|---|---|
| Chlorku potasowego $KCl$ | 0,0871 |
| Chlorku sodowego $NaCl$ | 22,9583 |
| Jodku sodowego $NaJ$ | 0,0459 |
| Bromku sodowego | 0,0730 |
| Wodorowęglanu sodowego $NaHCO_3$ | 1,1047 |
| Węglanu litowego $Li_2CO_3$ | 0,0276 |
| Węglanu wapniowego $CaCa_3$ | 0,4867 |
| Węglanu magnezowego $MgCO_3$ | 0,2836 |
| Węglanu barowego $BaCO_3$ | 0,0060 |
| Węglanu żelazawego $FeCe_3$ | 0,0044 |
| Węglanu manganawego $MnCO_3$ | 0,0011 |
| Siarkanu sodowego $Na_2Se_4$ | 0,0801 |
| Kwasu metakrzemowego $H_2SiO_3$ | 0,0292 |
| | 25,1877 |

nadto ślady jonu boranowego.

(Rękopis złożony Redakcyi w czerwcu 1914).

## Wiadomości zawodowe.

**W sprawie spirytusu dla lekarzy** zawiadamia Izba lekarska zachodnio-galicyjska, że już przyznano przydział do 31 sierpnia 1918. Skoro spirytus przydzielony istotnie nadejdzie, Izba poda to niezwłocznie do wiadomości, poczem lekarze będą mogli za asygnatami Izby otrzymywać go ze składnic. Dla oznaczenia składnic zechcą koledzy na prowincyi porozumieć się ze sobą i zawiadomić Izbę, gdzieby dla każdej z okolic najdogodniej było składnicę urządzić. Do jednej składnicy musi należeć kilka powiatów. Na każdego z lekarzy przypadnie przeciętnie przeszło 2 litry spirytusu do palenia miesięcznie (o ile transporty regularnie będą nadchodzić). Spirytus czysty (alkohol) mogą lekarze otrzymywać tylko na recepty z aptek.

W dzienniku ustaw państwowych ogłoszono rozporządzenie ministeryalne z 17. grudnia 1917, tyczące się **zwalczania zimnicy**. Rozporządzeniem tem zaliczono zimnicę do chorób podlegających obowiązkowi zgłoszenia, a temsamem dopuszczono stosowanie także względem zimnicy środków ochronnych, objętych ustawą o zwalczaniu chorób zakaźnych. Doniesienia o przypadkach zimnicy mają być czynione tylko ustnie albo pisemnie. Odosobnienie chorych na zimnicę będzie konieczne w razie pojawienia się zachorowań w okolicach dotychczas wolnych od zimnicy, a nawet w okolicach, w których zimnica przed niedawnym czasem jeszcze występowała epidemicznie. Odosobnienie ma być w ten sposób wykonane, ażeby osoba odosobniona miała osobny pokój, w którym drzwi są zaopatrzone podwójnem zamknięciem siatkowem, a okna siatkami, względnie łóżko chorego jest otoczone gęstą siatką, chroniącą od komarów. Wreszcie powyższe rozporządzenie ministeryalne daje możność zastosowania środków celem tępienia przenośników zimnicy, t. j. komarów z rodziny widliszów (anopheles). Takie zarządzenia tylko wtedy mogą mieć racyę, jeżeli dają pewne widoki powodzenia i jeżeli wykonalność ich nie ulega wątpliwości; dlatego też Ministerstwo spraw wewnętrznych zastrzegło sobie decyzyę w każdym szczegółowym przypadku.

## Wiadomości bieżące.

**Kraków.** Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, wyznaczone na 20. II., na którem miał się odbyć wykład dr. Weissglasa i inż. Thora o kształceniu inwalidów, musiało być odłożone z przyczyn niezależnych od prezydyum Towarzystwa i od prelegentów.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskał p. Józef Chmiel, rodem ze Strzyżowa w Galicyi.

**Warszawa.** Lekarze i medycy-legioniści, internowani w Benjaminowie, założyli 21. VIII. 1917 Towarzystwo lekarskie celem uzupełniającego wykształcenia lekarskiego. Lekarzy członków jest 10, medyków 8. Posiedzenia odbywają się 2 razy w tygodniu; odbyło się dotąd 38 posiedzeń z 12 odczytami i 83 referatami (Gaz. lek. 7.)

— W Dyrekcyi służby zdrowia (ul. Marszałkowska 154) można zasięgać wiadomości o wakujących stanowiskach lekarskich: w Opocznie (lekarz epidemiczny do walki z durem plamistym, płaca 1000 k. miesięcznie), w Łęczycy (lekarz naczelny szpitala zakaźnego, płaca 5000 mk. rocznie), w Stawiskach, Kossowie (lekarz szpitalny), Czerwińsku, Błoniu. (Gaz. lek. 7.)

— Towarzystwo higieny praktycznej im. B. Prusa (Żórawia 21) ogłasza konkurs im. dr. Chełchowskiego na 1—1½ arkuszową broszurę popularną z terminem do 1. czerwca b. r., a nagrodami 185, 126 i 65. marek. Temat dowolny, Towarzystwo zaleca jednak następujące: 1) Ratujcie niemowlęta. 2) Trzeba mieszkać po ludzku: dobre mieszkanie — zdrowie, złe mieszkanie — choroba. 3) Dobra studnia. 4) Co ma dać dziecku szkoła ludowa. 5) Jak wyzyskać gnojówkę, a zdrowiu nie zaszkodzić.

**Zmarli:** Dr. Wacław Szreder w 53 r. życia, Dr. Marceli Sawicki w 51 r. ż., w Warszawie; z duru plamistego: Dr. Julian Zaleski w 64 r. ż. w Lipnie, Dr. Michał Brüner w 60 r. ż. w Warszawie, Dr. Zygmunt Zawadzki, lekarz naczelny szpitala zakaźnego w Łęczycy, w 53 r. ż. na dur brzuszny; Dr. Jan Dłutek, p. o. lekarza powiatu grójeckiego, w 35 r. ż. na dur osutkowy.

**Redakcya otrzymała:** Prof. Dr. Korczyński 1) Unter dem Symptomenbilde von Bauchparatyphus verlaufende, nicht paratyphöse Erkrankungen. (Klin. ther. Woch.) 2) Allgemeine Betrachtungen zur Deutung des vegetativen Tonus und der vegetativen Neurosen (Mediz. Klinik 1917). 3) Statistisches über Bauchtyphus. 4) Eitrige Typhusmeningitis. (Wiener klin. Woch. 1917). — Prof. Dr. Godlewski: Plazma i jądro w początkowych okresach rozwoju embryonalnego (Akad. Umiej. Kraków 1917)

Odpowiedzialny redaktor:

**Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

## Nadesłane.

Treść:





Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.